VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 114)
z dnia 23 stycznia 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 114)

23 stycznia 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, kontynuowała rozpatrzenie:

– „Sprawozdania z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w roku 2012” oraz Harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2013 wraz z kierunkami realizacji zadań tego programu na lata 2014 i 2015 (druk nr 1451).

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Hanna Hawrylik** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Maciej Piróg** doradca w Kancelarii Prezydenta RP, **Tadeusz Orłowski** krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, **Jolanta Wysocka** starszy specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Kiwiński** młodszy specjalista w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Ewa Kiersztyn** przedstawicielka Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Krzysztof Warzocha** dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie wraz ze współpracownikami, **Beata Wójtowicz** ekspert Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięły lobbystki **Emilia Piotrowska** i **Adrianna Tomasik** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam serdecznie panie i panów posłów na posiedzeniu Komisji. Witam pana ministra wraz z szerokim gronem ekspertów. Witam najserdeczniej wszystkich państwa, zaproszonych gości.

Dzisiejszy porządek obrad obejmuje jeden punkt, który już rozpatrywaliśmy w lipcu ubiegłego roku. Wówczas został postawiony wniosek o uzupełnienie materiału. Wniosek pana posła Katulskiego został przyjęty przez całą Komisję. Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty. Panie ministrze, bardzo proszę. Oddaję panu głos.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeśli pan przewodniczący pozwoli, powiem pokrótce, albowiem rozumiem, że dzisiejsze posiedzenie jest uzupełnieniem poprzedniego. Wysoka Komisja prosiła o przedstawienie danych szczegółowych, w tym dotyczących tego, co wydarzyło się w powiatach i zmian czy interwencji środowiskowych, które podjęto w poszczególnych powiatach. Ten szeroki materiał z załącznikami przekazano Wysokiej Komisji do zapoznania się z nim. Jesteśmy dzisiaj gotowi do odpowiedzi na poszczególne pytania.

Powiem tylko, przytaczając pewne dane statystyczne, że na podstawie tego, co obserwujemy w ostatnich latach, jeśli chodzi o odsetek populacji, która bierze udział w pro-

gramach wczesnego wykrywania raka piersi i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, zgłaszalność w ramach narodowego programu od 2006 r. do 2012 r. w przypadku programu raka piersi wzrosła z 23,37% do 42,64%, przy czym w roku 2013 zanotowano odsetek 42,94. W przypadku raka szyjki macicy mamy do czynienia z podobnym wzrostem, przy czym w roku 2006 objętych badaniem zostało 12,7% populacji docelowej, natomiast w roku 2013 – 21,18%.

W przypadku raka szyjki macicy trzeba zwrócić uwagę na fakt, że wielkość populacji objętej programem rosła. W roku 2008 było to 24%, w 2009 r. – 26%, w 2010 r. – 27%, a potem nastąpiło zmniejszenie tej liczby. W 2011 r. – 24,40%, w roku 2012 – 23,21%, a w roku 2013, jakkolwiek nie są to jeszcze dane ostateczne i kompletne, 21,18%. W związku z powyższym mamy do czynienia z sytuacją taką, że z jednej strony część badań cytologicznych zostaje przesunięta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przy czym ta ilość jest mniej więcej stała, a część przechodzi do sektora prywatnego – tu danych ostatecznych nie mamy. Dlatego w zeszłym roku podjęto decyzję w zakresie modyfikacji priorytetów działania tego programu. Mianowicie postanowiono, po pierwsze, nowelizować rozporządzenie koszykowe w taki sposób, by możliwe stało się kontraktowanie świadczeń położnych, które samodzielnie będą pobierać badania cytologiczne. Chodzi o lepsze dotarcie środowiskowe, głównie do populacji osób wykluczonych społecznie, które cechują się tym, że zdecydowanie rzadziej korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej i wykazują gotowość do korzystania z akcji profilaktycznych. Po drugie, podjęto działania medialne i edukacyjne w środowiskach lokalnych. Zwiększono aktywność w lokalnych massmediach – w gazetach, a także w strukturach środowisk lokalnych. Po trzecie, wprowadzono i zwiększono działania edukacyjne skierowane do populacji ogólnej, ale szczególnie promujące wiedzę na temat Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Zintensyfikowano współpracę z kuratoriami oświaty, a w samych priorytetach programu onkologicznego przyjęto do realizacji owe programy, w tym program edukacji kadr medycznych z zakresu psychoonkologii. Warto powiedzieć – ponieważ w ciągu najbliższych dwóch tygodni odbędzie się kolejne posiedzenie Rady Programu, że rozważa się wprowadzenie do programu finansowania pilotażowego programu badania przesiewowego w kierunku zakażenia wirusem HPV opartego na technice badania serologicznego, czyli *de facto* polegającego na wykrywaniu wirusa, a nie wykrywaniu zmian cytologicznych, ponieważ dostępne dowody naukowe sugerują, że ta metoda charakteryzuje się większą powtarzalnością wyników i nie jest konieczne trzymanie tak bardzo dokładnego reżymu jakości i kontroli jakości badania, co – jak wszyscy wiemy – w przypadku cytologii mają fundamentalne znaczenie, a dostępne na rynku testy w przypadku cytologii ma fundamentalne znaczenie. Dostępne na rynku testy w przypadku osiągnięcia efektu skali mogą spowodować nawet obniżenie kosztów prowadzenia tego programu przy jednoczesnej poprawie jego skuteczności. To są plany na rok 2014, i na rok 2015, niejako w odpowiedzi na te zjawiska, o których wspomniałem, dotyczące badań przesiewowych wczesnego wykrywania nowotworów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z zaproszonych przez pana współpracowników miałby jeszcze zabrać głos, panie ministrze? Nie. Tak, proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

W dyskusji, jeżeli pan przewodniczący pozwoli.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. W takim razie otwieram dyskusję. Na wstępie muszę wyrazić taką uwagę. O ile dziękuję bardzo za uszczegółowienie wielu danych, do których przedtem mieliśmy zastrzeżenia (są w stosowanych załącznikach) o tyle mam jednak wrażenie, że państwo przygotowując ten materiał nie przeczytali treści naszego wniosku. Pozwolę sobie przeczytać jego fragment: „Mam propozycję – i składam wniosek… [tak mówił pan poseł Katulski] żebyśmy dzisiaj zakończyli rozpatrywanie tego sprawozdania i poprosili Ministerstwo Zdrowia o dopisanie suplementu, w którym zostanie dokładnie opisana modyfikacja programu w zakresie części inwestycyjnej i profilaktycznej na następne lata. I żeby to było w innym ujęciu – tak, jak oczekuje tego Komisja Zdrowia, i zwracała się

o to w dezyderacie sprzed roku – bo to, co znajduje się w tym sprawozdaniu, absolutnie nie jest zgodne z oczekiwaniami Komisji.”.

Powiem pokrótce, panie ministrze, o co chodzi. Gdyby nie było tak, że rok wcześniej składaliśmy stosowny dezyderat, można byłoby powiedzieć, że to jest nowa sytuacja, ale był stosowny dezyderat. Natomiast odnośnie do planów na przyszłość, to oczywiście rozumiem, że tu mówimy o sprawozdaniu, mam tego świadomość, i w tym sensie to, co pan powiedział, jest zgodne z tytułem – mamy ten sam dyskomfort, co państwo. Czyli, wydajemy niemałe pieniądze, choć pewnie niewystarczające. Sytuacja, jeśli chodzi o sprzęt znacznie się poprawiła, w wielu miejscach zbliżamy się do średniej europejskiej. W innych miejscach pomału dochodzimy do tych poziomów. Natomiast w sensie wykrywalności i skuteczności leczenia w dalszym ciągu jesteśmy w ogonie.

Oczekiwalibyśmy – wspólnie, bo to przecież nie tylko państwa problem, ale i nasz, Komisji, wszystkich powołanych ekspertów – żeby w takim kierunku modyfikować ten program, aby coś z tego wnikało na przyszłość. Możemy powiedzieć, panie ministrze, że pierwszy etap w jakimś sensie mamy załatwiony – oczywiście nie do końca, bo są jeszcze potrzeby dalszych inwestycji – natomiast pora zrobić coś z drugim etapem, czyli, żeby to przełożyło się na określone efekty. Stąd był taki wniosek, odnośnie do którego była pełna zgoda, natomiast w tym suplemencie, panie ministrze, są bodaj tyko dwa akapity na ten temat – lakoniczne stwierdzenie, że 30 mln zł będzie więcej, że zostaną one zabrane z inwestycji i przesunięte na profilaktykę, bez szczegółów.

Jeszcze raz wrócę do tego, bo wiem, że jest to sprawozdanie za rok 2012 i państwo uzupełnili przede wszystkim te dane. I bardzo dobrze. Natomiast specjalnie przeczytałem to, o co wnosiła Komisja, bo, panie ministrze, coś z tym trzeba zrobić, jakoś trzeba zacząć. Przesuwają państwo pieniądze, a my byśmy potrzebowali i oczekiwali więcej informacji na ten temat. A ponieważ za kilka miesięcy będzie pewnie kolejne sprawozdanie, za kolejny rok, nie chcielibyśmy powielania danych, informacji. Odnośnie do tego odnoszę wrażenie, że wszyscy jesteśmy absolutnie zgodni, ponad podziałami politycznymi, i nie tylko w obrębie posłów, ale także ekspertów. Jak rozumiem, również taka jest intencja resortu. Gdyby pan minister mógł w tej sprawie powiedzieć jeszcze dwa zdania… Dobrze, w takim razie otworzymy dyskusję. Będę konsekwentny. Pani poseł Hrynkiewicz, pani przewodnicząca Małecka-Libera i pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, wyjątkowo starannie przeczytałam te materiały i muszę powiedzieć, że one napawają mnie ogromnym smutkiem, dlatego, że – jak pan minister powiedział w rozmowie – przygotował je Instytut Onkologii. Wydaje mi się, że podawanie tych wskaźników przy tak dużym zróżnicowaniu, kiedy są powiaty, w których na badania zgłasza się kilka procent, a w większości kilkanaście procent, i wyciąganie z tego ogólnych wniosków, jest posunięciem trochę szalonym. Prosiłabym więc, żeby państwo… Jeśli to robi Instytut Onkologii, to przecież jest tam pani Witkowska, która nie dalej jak 2 grudnia, na konferencji w Rządowej Radzie Ludnościowej poświęconej sytuacji w zakresie zachorowania na nowotwory, przedstawiła bardzo dobrze opracowane dane dotyczące epidemiologii nowotworów. Nie rozumiem więc, dlaczego państwo przedstawiają… Być może taki jest zamiar, żebyśmy podjęli jakieś działania w powiatach, żebyśmy zapytali, na przykład panią prezydent Warszawy, co zamierza zrobić, jeśli tutaj zgłasza się kilkanaście procent, albo w powiecie bieszczadzkim, gdzie zgłasza się 5% na badania przesiewowe. Już nie będę pokazywać, na przykład województwa wielkopolskiego, gdzie jest dramatyczna sytuacja, jeśli chodzi o badania. Może taki był zamiar, ale nie można tego pokazywać jako wskaźniki, które są w pełni wiarygodne i mają odzwierciedlać stan, bo nie jest to ani reprezentacja, ani populacja celowo dobrana. Jest to po prostu grupa przypadkowa, której cech nie znamy. Nie wiemy, jakie ma cechy społeczne, demograficzne, kto zgłosił się na badania. Najprawdopodobniej zgłaszają się osoby bardziej świadome tego, jakie znaczenie mają badania profilaktyczne. Dlatego trudno uznać te wyniki za miarodajne. Prosiłabym więc, żeby państwo jednak sięgnęli do tych danych, które są w Instytucie Onkologii i które pani Witkowska przedstawiała.

Nie wiem, dlaczego tutaj nie możemy ich zobaczyć. Nawet sugerowałam kolegom z Rządowej Rady Ludnościowej, żebyśmy powtórzyli tę konferencję tutaj, w Sejmie, bo była ona bardzo ciekawa i pokazywała bardzo istotne zagadnienia. To jest pierwsza sprawa.

Te materiały w wielu miejscach różnią się od tego, co przedstawia Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w publikacji wydanej w roku 2012 „Sytuacja zdrowotna ludności polskiej i jej uwarunkowania", pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i innych osób. Warto byłoby może te dane przedstawić razem – pierwotne dane pewnie pochodzą z tego samego źródła – bo, tak jak już opowiedział pan przewodniczący, nam wszystkim chodzi o jedno. O to, żeby skutkiem działania programu i skutkiem wysiłku ogromnej grupy lekarzy i personelu medycznego były jakieś wyniki, a nie to, że ciągle tkwimy niemal w tym samym miejscu, jeśli chodzi o umieralność, o przeżycie i te dramatyczne współczynniki zgłaszania się na badania profilaktyczne. One mogą dać skutek wtedy, kiedy na badania zgłosi się siedemdziesiąt-siedemdziesiąt kilka procent. Wtedy możemy powiedzieć, że mamy jakiś skutek.

Kiedy patrzy się na te wykresy, które państwo zawarli w tych materiałach, i weryfikuje je poprzez współczynniki zgonów i przyczyn zgonów, to okazuje się, że przyjęcie do badań związanych z rakiem szyjki macicy grupy do 59 roku życia nie znajduje potwierdzenia w badaniach statystycznych. Prosiłabym więc, żeby to wyjaśnić, dlatego, że w latach 60. życia także mamy do czynienia z zachorowaniami i zgonami. Myślę, że łatwiej leczyć mniej zaawansowaną chorobę niż bardziej zaawansowaną, nie mówiąc już o tym, że taniej. To samo dotyczy przyjęcia granicy 69 lat dla kobiet przy badaniach mammograficznych. Okazuje się – to wynika z badań statystycznych, ja nie jestem onkologiem ani lekarzem – że także po 69. roku życia jest znaczna grupa kobiet, które z tego powodu umierają, a więc i chorują, i są leczone. A pomijając czynnik ludzki, wszystko to bardzo drogo kosztuje.

Jeśli chodzi o przedstawienie danych dotyczących zachorowań, to – moim zdaniem – są one powierzchowne, nie ma wyciągniętych wniosków, a te, które się tam wyciąga, nie mają uzasadnienia, panie ministrze. Po prostu, nie mają. Ja przyjmę wniosek, że na raka szyjki macicy chorują kobiety ze środowisk zaniedbanych – tam różnie się to nazywa – ale nie ma na to żadnego dowodu. Taki dowód byłby wtedy, kiedy reprezentatywna dla tej grupy populacja byłaby cała zbadana choćby w kilku wybranych środowiskach. Wtedy moglibyśmy powiedzieć, że istotnie zachorowania na ten nowotwór skojarzone są z następującymi cechami środowiskowymi, społecznymi, demograficznymi i jakimiś innymi. Tymczasem tego tam nie ma. To jest bardzo istotne. W materiale w ogóle nie podnosi się problemu, który jest omówiony w pracy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego pod redakcją pana Wojtyniaka – zachorowania kobiet w młodszych grupach wiekowych. To jest bardzo istotna sprawa. Tu także mamy do czynienia z bardzo daleko idącymi zaniedbaniami, jak mi się wydaje.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Jeszcze nie skończyłam. Następna sprawa dotyczy funkcji lekarza pierwszego kontaktu. Proszę państwa, nie może być tak, że lekarze nie chcą się uczyć. Ja rozumiem, bo sama jestem profesorem i wiem, że przy upowszechnieniu studiów wyższych czasem spotyka się studentów, którzy nie chcą się uczyć – po prostu przyszli na studia, na uniwersytet, ale nie bardzo im to idzie. Mówię na podstawie materiału, który przedstawił pan minister, podpisał się pod tym. Za chwilę dotrę do tego miejsca. Jeżeli rzeczywiście jest to ten problem, panie ministrze, to chcę przedstawić propozycję. Być może warto porozmawiać z organizacjami kobiecymi, podjąć taką debatę publiczną i – tak, jak to zrobiono w Finlandii około 30 lat wcześniej, gdzie są bardzo duże osiągnięcia – w ramach medycyny pracy wprowadzić obowiązek badań mammograficznych i cytologicznych. Być może trzeba podjąć jeszcze raz taką dyskusję. Taka dyskusja w Polsce była podjęta. Ona została odrzucona. Być może trzeba wrócić do tego. Być może, jeśli lekarze pierwszego kontaktu nie chcą się uczyć, co wynika przecież także z tego, że większość…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, myślę, że nie mamy podstaw do takich stwierdzeń, że ktoś się nie chce uczyć. Jeżeli ktoś nie chcę się uczyć, to indywidualnie – jeden chce, drugi nie chce.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Dobrze. Odnajdę to panu w materiale ministerstwa, ale jeśli pan pozwoli, będę kontynuować. Otóż, może by – tak jak tu proponuje ministerstwo – przenieść kształcenie w zakresie onkologii na studia medyczne. Jeśli to jest ta choroba, która będzie się upowszechniać w związku ze starzeniem się społeczeństwa, być może warto rozszerzyć program kształcenia podstawowego lekarzy o zajęcia z zakresu chorób nowotworowych i ich rozpoznawania. To dzisiaj jest naprawdę nie tylko sprawa życia i śmierci, ogromnych kosztów, ale także naszej pozycji cywilizacyjnej w Europie. Zatem – moim zdaniem, kończąc moją wypowiedź – jeśli mamy przejść do następnego programu, to bym proponowała, żebyśmy jednak zorganizowali konferencję (może wspólnie z innymi organizacjami, może wspólnie z Rządową Radą Ludnościową, która w tej sprawie bardzo dużo zrobiła, jeśli chodzi o publikację i upowszechnianie wiedzy na ten temat i współpracy z różnymi środowiskami) – i zastanowili się, jak w nowym programie podejmować te zadania, które nie budzą sporów i muszą być podejmowane, dlatego że taki stan, jaki jest dzisiaj pokazuje, że jesteśmy w tym wszystkim bezradni. Nie ma żadnego uzasadnienia do tego – jeszcze raz dziękuję za ten materiał pokazujący, jak jest w poszczególnych powiatach – żeby była tak duża różnica w poszczególnych powiatach. Być może powinniśmy coś zrobić, zapytać starostów, szefów Narodowego Funduszu Zdrowia, jak ten program jest realizowany. Być może od nas powinny pójść listy, być może od posłów, nie wiem. W każdym razie taki stan, jaki tu przedstawiamy, nie może być przez nas zaakceptowany. A to, że on taki jest, to – przedstawiony lepiej lub gorzej – pokazuje sytuację dramatyczną. Zaraz w materiałach pokażę, w którym miejscu ministerstwo mówi, że ma trudności z tym, żeby zachęcić lekarzy pierwszego kontaktu do zgłębiania wiedzy na temat chorób nowotworowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Chciałabym odnieść się merytorycznie do tego sprawozdania i do dyskusji, ale najpierw muszę się odnieść do słów, które usłyszałam przed chwilą od pani poseł.

Pani poseł, pani po prostu obraziła środowisko lekarskie. Ja będę się domagać, żeby pani jednoznacznie powiedziała, na jakiej podstawie wydaje pani opinię o całym środowisku. Bardzo proszę o wyjaśnienie – chcę to wiedzieć dokładnie – na podstawie czego pani powiedziała, że lekarze się nie uczą. Poza tym na podstawie tych słów, które usłyszałam przed chwilą w pani wypowiedzi, boję się pani poseł, że pani nie do końca zna system ochrony zdrowia. Z całym szacunkiem do pani wiedzy, edukacji w innych dziedzinach, wydaje mi się…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym ograniczyć jednak polemikę, bo za chwilę …

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

…że w tym jednak troszeczkę pani tej wiedzy brakuje.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

…będzie dyskusja między posłami, a nie w sprawie ważnych treści.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie przewodniczący, bardzo proszę mi nie przerywać. Teraz odnoszę się do sprawozdania i do dzisiejszej dyskusji. Panie ministrze, ma pan chyba świadomość jednej ważnej rzeczy, że wszyscy na posiedzeniu Komisji, łącznie z panem, który reprezentuje resort zdrowia, chcemy poprawy sytuacji w onkologii. I to, że Komisja po raz kolejny się zbiera, że wydaje kolejne dezyderaty i wnioski, to w tym przypadku nie jest żadna niechęć ani tym bardziej złośliwość, tylko naprawdę z wielką uwagą pochylamy się nad problemem,

analizując poszczególne sprawozdania, bo przyszło nam oceniać już kolejne sprawozdanie z wykonania narodowego programu.

Problem jest taki, że mimo tego, iż przez te wszystkie lata poszły na to ogromne środki – i bardzo dobrze – to nie uzyskaliśmy poprawy wskaźników umieralności. Teraz wiemy już o tym, bo wielokroć spotykaliśmy się i z państwem, i spotykamy się w różnych zespołach – jest również zespół parlamentarny poświęcony onkologii. My tę wiedzę już mamy, że problem jest w profilaktyce i we wczesnym wykrywaniu raka. Dlatego każde sprawozdanie bardzo wnikliwie czytamy i oceniamy pod tym kątem, w jaki sposób je modyfikować i zmieniać. I tylko dlatego po raz kolejny są wątpliwości, bo chcielibyśmy, aby następny program, który będzie od 2015 r., był zmodyfikowany i rzeczywiście miał oddziaływanie na poprawę tego wskaźnika.

Edukacja oczywiście jest ogromnie ważna. Mamy świadomość tego, że musi być prowadzona wieloetapowo, nawet od szkoły. Ta wiedza musi być ustawiczna, ciągła itd. Jednak oprócz tego ogromna jest rola lekarzy – zarówno lekarza POZ, jak i lekarza ginekologa, do których kobiety trafiają. Jeżeli w poradzie lekarskiej nie będzie zawartego obligu w postaci części poświęconej profilaktyce, to niestety dalej z tym tematem nie ruszymy, bo świadomość kobiet jest taka, jaka jest – niewystarczająca. Do tego momentu, niestety, potrzebujemy także wsparcia ze strony lekarza. Dlatego musimy doprowadzić do takiej sytuacji, żeby w poradzie lekarskiej był również element profilaktyki. On teraz jest, ja wiem o tym, tylko jest nieegzekwowany. I tu musimy się zastanowić, co robić.

Kolejną rzeczą, na którą chcę zwrócić uwagę jest to, żeby nowy program, który powstanie, był wypracowany przez środowisko eksperckie – lekarzy, którzy są onkologami, praktyków, którzy mają doświadczenie. Jaka jest jednak nasza obecna wiedza i dlaczego obawiamy się o ten pogram? Otóż, mamy różne przekazy, również odnośnie do organizacji całego systemu związanego z opieką i leczeniem nowotworowym. Są różne poglądy i różne stanowiska i, niestety, nie ma wypracowanego jednolitego poglądu, w jaki sposób ta ochrona i opieka nad chorobami nowotworowymi ma być zorganizowana. Dlatego nasze stanowisko – posłów, którzy pracują w tej Komisji – jest takie, że my to sprawozdanie przyjmiemy, bo nie w tym rzecz, żebyśmy teraz dywagowali o tym, co było w roku 2012. My chcemy wciągnąć takie wnioski i taką mieć opinię i wiedzę w tej materii, żeby ten program, kiedy państwo przyniosą nam gotowy program na rok 2015 i na kolejne lata, rzeczywiście dał konkretny efekt. I o to nam w tej Komisji chodzi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo. Nie, pan minister odpowie później. Pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja kilka zdań tytułem komentarza do wstąpienia pani przewodniczącej. Myślę, że pani przewodnicząca i inni nie wsłuchiwali się dokładnie w głos pani prof. Hrynkiewicz, która na początku powiedziała, że dzięki pozytywnej, wspaniałej postawie lekarzy i personelu medycznego jeszcze unosimy się na powierzchni, jeśli chodzi o onkologię. Tak jest. Natomiast przeczytam tekst ze stronie 6, który wywoływał takie wrażenie, oczywiście z moim komentarzem. Cytuję: „W kwestii szkoleń lekarza pierwszego kontaktu uprzejmie informuję…” – to mówi minister – „…iż w latach 2006–2009 realizowano zadanie pn. Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej – jednodniowe szkolenie onkologiczne oraz szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym…” – i teraz komentarz – „…Jednakże, z uwagi na stale zmniejszające się zainteresowanie lekarzy ww. szkoleniami…” – to jest oczywiście komentarz ministra – „…pomimo starań realizatorów, a także biorąc pod uwagę niezadowalający poziom zgłaszalności oferentów do prowadzenia szkoleń w przedmiotowym zakresie, w roku 2010 zawieszono realizację powyższych zadań”.

Z całą stanowczością, jako lekarz praktyk, a także lekarz, który zajmował się lekarzami rodzinnymi, mogę wyrazić taki komentarz – polscy lekarze rodzinni są bardzo dobrze wyszkoleni. Najlepszym tego dowodem jest to, że gdy ktoś z nich wyjedzie za granicę, tam są po prostu rozchwytywani. Wykazują najwyższy poziom referencji. Jeszcze

raz podkreślam – polscy lekarze rodzinni są bardzo dobrze wykształceni, natomiast są nadmiernie obciążeni, przede wszystkim biurokracją. Taka zgłaszalność nie jest wynikiem niechęci, tylko nadmiernego obciążenia pracą, naprawdę nadmiernego obciążenia pracą.

Teraz pytania dotyczące sprawozdania. Proszę państwa, na początek muszę przedstawić taką oto swoją refleksję. Odnoszę wrażenie, że co innego statystyka, co innego sprawozdania, co innego zapatrywania ministerstwa czy innych czynników politycznych, a co innego rzeczywistość. Rzeczywistość onkologiczna w Polsce jest dramatyczna, a czasami nawet okrutna. Jeśli ktoś mi mówi, albo będzie chciał mi powiedzieć, że w polskiej onkologii jest w miarę dobrze, to odsyłam na stronie 6 tego sprawozdania. Przeczytam, mając w świadomości, że mamy dziewiąty rok „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych", że co roku na program zwalczania chorób nowotworowych wydajemy 250 mln zł. Co czytamy na stronie 6? „Umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy w Polsce jest o 70% wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej". 9 lat programu, 250 mln zł co roku, i takie czytamy zdanie: „…70% wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej". To przeraża i poraża, jeśli tak jest, jeśli to nie jest jakaś pomyłka. A z drugiej strony, znowu na stronie 6, czytamy: „Umieralność z powodu nowotworów piersi w Polsce jest niecałe 20% niższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej". 20% niższa? Czyli, o 20% mniej umiera Polek niż Amerykanek, Dunek, Szwedek? Czy tak? Aha, to dobrze. To w takim razie czytam z innych informacji, że w Polsce co roku zapada na raka 130 tys. osób, a z tego 90 tys. umiera. Czy to jest prawda? Prawda. Czytam również, że około 13 Polek umiera codziennie z powodu raka piersi, czyli około 5 tys. kobiet w Polsce umiera z powodu raka piersi. Czy to jest prawda? Prawda. Codziennie w Polsce umiera 10 mężczyzn z powodu raka prostaty.

Proszę państwa, myślę, że musimy spojrzeć prawdzie w oczy i powiedzieć, że jest dramatycznie, jak wyjdziemy na zewnątrz, jak wyjdziemy z tej sali. Dramatycznie dlatego, że wskaźnik śmiertelności mamy jeden z najwyższych, wskaźnik 5-letniego przeżycia od momentu rozpoznania jest zły, a jeśli chodzi o wskaźnik włączenia nowoczesnych i innowacyjnych leków onkologicznych, od momentu rozpoznania jest bardzo długi okres oczekiwania.

Myślę, że powstała nowa era, albo powinna powstać nowa era – od momentu wystosowania listu przez pana prof. Jacka Jassema, który odważnie i wreszcie prawdziwie tym listem zaznaczył, że w polskiej onkologii dzieje się bardzo źle. To jest pierwszy moment, w którym trzeba się zastanowić nad cancer planem dla Polski – jak to nazwał pan prof. Jassem – czyli strategią dla polskiej onkologii, tak jak się stało w Stanach Zjednoczonych, czy tak, jak się stało we Francji, gdzie po 13 latach jest ogromny sukces tego cancer planu, tak jak i w Stanach Zjednoczonych. Trzeba brać wzorce z tych krajów, czerpać z tych faktów, a nie karmić się tymi statystykami, bo wiemy, jak jest na zewnątrz. I bardzo proszę ustosunkować się do tego, czy rzeczywiście umieralność z powodu raka szyjki macicy jest o 70% wyższa, a umieralność z powodu raka piersi jest o 20% niższa niż w krajach Unii Europejskiej, włączając w to Rumunię i Bułgarię – to rzeczywiście jest ewenement. Albo to jest fikcja, albo jest to tylko opisane na papierze. Tak więc, panie ministrze, proszę się do tego ustosunkować.

Natomiast jeszcze jedna refleksja, końcowa. Chciałbym zapytać, czy ktoś przeprosi albo przyzna rację panu prof. Wenancjuszowi Domagale. Kiedy tworzyliśmy i zatwierdzaliśmy w 2006 r. program zwalczania chorób nowotworowych w Polsce, od razu pan prof. Wenancjusz Domagała nie zgadzał się ze sposobem zawiadamiania wszystkich osób w Polsce. Pan minister teraz wyraźnie nawiązał do tego – wracacie do tego, żeby położna pobierała wymaz cytologiczny. Przecież wtedy pan prof. Wenancjusz Domagała – dokładnie to pamiętam – mówił, że 1 mln zł wystarczy na profilaktykę i będzie zgłaszalność na poziomie około 60%. Wystarczyłoby w to włączyć lekarzy rodzinnych i pielęgniarki środowiskowe. Nie. Zrobiono po swojemu, wydano miliony – bo w pierwszym roku wydaliście 20 mln zł tylko na powiadamianie Polek, przy czym zgłaszalność wyniosła 13%, a od początku mogła być bardzo dobra. Oczywiście, nie kieruję tego do pana ministra, tylko do pewnych czynników, osób, które obstawały przy tym, żeby swój pomysł zaprezentować. I mamy teraz tego wyniki.

Ostatnia sprawa. Jeśli wykrywalność wzrosła, panie ministrze, to mnie jako obywatela, jako lekarza i jako polityka interesuje, czy zmniejszyła się śmiertelność, jeśli wykrywalność wzrosła. Jeśli mówimy, że wczesne wykrycie raka to jest sukces, to wcześniej wykryliśmy raka, a śmiertelność wzrosła albo się nie zmieniła. To, w takim razie z tym programem jest bardzo źle, albo z efektami. Musimy coś zrobić – wczytać się w list pana prof. Jacka Jassema i podjąć konstruktywne działania, nie statystyczne, nie propagandowe, tylko rzetelne, merytoryczne, konstruktywne i praktycznie stosowane, tak jak w innych krajach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni goście, materiał przygotowany przez ministerstwo jest jeszcze jednym dowodem na to, że ministra Arłukowicza nie powinno być jako tego, który udaje, że odpowiada za zdrowie i życie Polaków. Rzeczywiście są bardzo poważne opracowania instytutów i instytucji zajmujących się na co dzień onkologią, które, po pierwsze, podają metody badania, i badają na wiarygodnych źródłach, a także pokazują całą populację. Wystarczyło po prostu poprosić, nie posiłkować się, czy próbować stworzyć czegoś swojego, co kompromituje, bo w tym materiale nie ma nawet metodologii, jak się odnieść do tego rodzaju badań. To, po pierwsze.

Po drugie, z uwagą przeczytałam informacje mówiące o sprzęcie. Rzeczywiście bardzo dużo pieniędzy poszło na sprzęt. Są to również pieniądze z regionalnych programów operacyjnych. Jestem, proszę państwa, po analizie bardzo wielu dokumentów, między innymi wszystkich z ostatnich lat Najwyższej Izby Kontroli, która badała, po pierwsze, sensowność zakupów, po drugie, ich wykorzystanie, a także nieprawidłowości, między innymi zakupy z tak zwanej wolnej ręki. Chciałabym, żeby pan minister powiedział – jeżeli doczekam odpowiedzi, to jej wysłucham, a jeżeli nie, to przeczytam – czy państwo nałożyli informacje z Najwyższej Izby Kontroli na tę listę, którą państwo tutaj podają?

I po trzecie, proszę państwa, chciałabym, żeby wszyscy pamiętali, jaki jest temat naszego posiedzenia. Ja myślałam, że owszem, dostajemy materiał, 3 minuty na analizę (choć jest to utrudnione, bo źle się czyta ten materiał), po czym dyskutujemy o tym, co jest drugim członem tematu, a mianowicie, co będzie w roku 2014 i w roku 2015, w kontekście choćby tych wydarzeń, o których mówił pan przewodniczący Hoc. Martwię się, że robimy kolejne podejście do chyba najpoważniejszego tematu, w zakresie którego, mimo dużych choć nie wystarczających pieniędzy, przy dramatycznie starzejącym się społeczeństwie, przy konieczności przemodelowania całego systemu leczenia, znowu dyskutujemy o tym, jak beznadziejny jest materiał Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Ziętek, proszę uprzejmie.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję serdecznie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, podpisuję się pod słowami pani przewodniczącej całym sercem. Przyznam się szczerze, że bardzo się cieszę, że powstał zespół do spraw onkologii. Szczególnie owocne i coraz bardziej interesujące są te zebrania. Ostatnie było nawet w międzynarodowej obsadzie. Mieliśmy wgląd i mogliśmy sobie wyrobić pogląd na walkę z nowotworami w całej Europie. Jak przedstawiono, jest różnie. Francja przeznacza około 1,5 mld na ten program, Anglia – 5,5 mld funtów. Francuzi poradzili sobie z takim czynnikiem ryzyka jak nadużywanie alkoholu, natomiast nie z papierosami, Anglicy odwrotnie. Praktycznie rzecz biorąc – jeśli przeanalizujemy dane statystyczne w całej Europie, o których będę jeszcze chwilę mówić – poszczególne kraje Europy mają bardzo duże sukcesy w zwalczaniu pewnych rodzajów nowotworów, a w innych, niestety, nadal ponoszą klęskę. To trzeba sobie powiedzieć. Oczywiście zwiększa się wykrywalność, a tym samym zwiększa się zachorowalność, na przykład na raka prostaty, a jeżeli chodzi o zgony, to jest plateau – w tej chwili jest stały trend, nie zwiększa się.

Te dane, którą są tutaj, nie wiem z którego roku, natomiast polecam państwu… Przyznam się jeszcze, że jeśli chodzi o mój nowotwór – rak szyjki macicy, zapoznałem się ze statystyką. Ten zbiór przypadków nowotworowych…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę jednak, że to nie pana posła nowotwór…

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Mówię w sensie specyfiki mojego zawodu. …i to modelowy, który, jeśli zrobić profilaktykę tego nowotworu, to praktycznie rozszerzy się na całość. To jest statystyka z 2011 r., proszę państwa. Na przykład w 2011 r. zwiększyła się zachorowalność do 144.600. Są więc trochę nowsze dane.

Natomiast na posiedzeniu zespołu onkologicznego okazało się, że narodowych programów zwalczania chorób nowotworowych w Europie jest około 24 i faktycznie należałoby – jest taki pomysł w Europie – napisać pewnego rodzaju szymel, wytyczne dla krajów Europy, żeby zrównać docelowo, być może do 2024 r., świadczenia, które będziemy kierować do chorych nowotworowo. I to jest droga pewnego rodzaju dojścia. Wydaje mi się, że „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” powinien być tylko dużym elementem cancer planu. To jest kierunek na lata 2014–2024, i my już powinniśmy się do tego przygotowywać. Wiem, proszę państwa, że 10 zespołów pracuje nad tymi rozwiązaniami – to są 124 osoby – i chcielibyśmy jak najszybciej poznać wyniki pracy tego gremium specjalistów na posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Mam wrażenie, że zamknięto ministerstwo, jeśli 10 zespołów w ministerstwie pracuje…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, ja udzielam głosu… Nie widzę więcej zgłoszeń ze strony posłów, ale widziałem zgłoszenia ze strony zaproszonych gości. Bardzo proszę, pan dr Meder.

Prezes Polskiej Unii Onkologii Janusz Meder:

Dzień dobry państwu. Janusz Meder, Polska Unia Onkologii. Muszę powiedzieć, że ze zdumieniem wysłuchuję tutaj niektórych wypowiedzi szanowanych i utytułowanych osób, ale też nie mogę tego spokojnie słuchać, ponieważ opierają się państwo na danych, które nie są prawdziwe. W tej chwili mamy do dyspozycji świeżo wydaną publikację. Dane zawarte w tej publikacji to zestawienie danych statystycznych opracowanych przez Centralny Rejestr Nowotworów przy Centrum Onkologii (tu słusznie było przywołane nazwisko pani dr Witkowskiej, która jest główną autorką tego opracowania w Zakładzie Epidemiologii Centrum Onkologii) i to wszystko wygląda zupełnie inaczej niż było przedstawione.

Przede wszystkim, generalnie patrząc na wszystkie nowotwory, mamy okresy porównawcze, z których wynika w ostatnich latach, że jest spadek liczby wszystkich chorujących mężczyzn o co najmniej 4 punkty procentowe. To jest bardzo uwypuklone w tym sprawozdaniu. Jest absolutnie spadek śmiertelności kobiet chorujących na raka piersi i na raka szyjki macicy. Aktualne dane – w tej chwili opublikowane – pokazują, że obecnie w Polsce na raka szyjki macicy zapada rocznie 3 tys. kobiet, podczas gdy, kiedy zaczynaliśmy program, było 4,5 tys. nowych zachorowań. A teraz zaczyna chorować 3 tys. kobiet, między innymi, dzięki profilaktyce i dzięki działaniom prewencyjnym prowadzonym przecież od wielu lat.

Następna sprawa. Na całym świecie wzrasta liczba zachorowań na raka piersi. Jest to fenomen epidemiologiczny związany z alertem epidemiologicznym, jakim są objęte w tej chwili wszystkie nowotwory na świecie. A my mamy spadek śmiertelności – jest on bardzo wyraźnie przedstawiony w świeżo opublikowanych dokumentach. Myślę więc, że na ręce pana przewodniczącego prześlemy nowe wydanie. Nie będę tutaj zajmować państwu czasu omawianiem wszystkich nowotworów, ale na podstawie krzywych poka-

zanych na przestrzeni lat można wyraźnie stwierdzić, czy rzeczywiście jesteśmy w ogonie Europy i czy rzeczywiście mamy tak dramatycznie niekorzystne wyniki leczenia.

Proszę państwa, oceniając „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" proszę wziąć pod uwagę to, że my tego programu nie możemy w te chwili ocenić. To jest sprzeczne z jakąkolwiek wiedzą na temat danych epidemiologicznych. Przecież przyjmujemy kryterium przeżyć wieloletnich – co najmniej pięcioletnich, a w przypadku niektórych nowotworów 10 lat – bo jest to obiektywne kryterium naukowe oceniające wyniki leczenia. Jeżeli ten program jest w trakcie realizacji, jeżeli nie mamy jeszcze danych statystycznych, bo dane, które są publikowane, są za rok 2011, a nie wiemy jeszcze, jaki będzie wynik tego, co się dzieje w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych", który kończy się w 2015 r., to o efektach tego programu będziemy mogli powiedzieć co najmniej 5 lat później, a w jeszcze większej perspektywie lat będzie go można rzetelnie ocenić. W tej chwili widzimy pewne tendencje, są pewne bardzo pozytywne symptomy.

Proszę państwa, jeżeli słyszę, że jest list napisany przez pana prof. Jassema, przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego… Przed rokiem napisałem podobnej treści list, również do wszystkich decydentów w Polsce, postulujący przyłożenie się do prac nad następnym strategicznym programem dla Polski. Jeżeli jednak pan prof. Jassem mówi o dramatycznej sytuacji… Byłem przecież na konferencji Rządowej Rady Ludnościowej razem z panią profesor, gdzie też przedstawiałem określone dane, gdzie była także pani dr Witkowska. Uczestniczyłem w zebraniach Parlamentarnego Zespołu do spraw Onkologii – odbyłem dłuższą rozmowę z przewodniczącą tego Zespołu, panią poseł Alicją Dąbrowską. Dyskutowaliśmy właśnie o tym, jaka sytuacja jest obecnie. Proszę państwa, jeżeli prof. Jassem mówi o dramatycznej sytuacji, to ma na myśli te 40% chorych, którzy leczeni są poza siecią regionalnych centrów onkologii. Mamy twarde dane, które również pokazywałem na konferencji Rządowej Rady Ludnościowej, świadczące o tym, jak znaczące różnice są w wynikach leczenia pomiędzy tymi, którzy leczeni są w sieci onkologicznej w sposób kompleksowy, racjonalny, prowadzeni od początku do końca… Każdy chory jest ściśle obserwowany po leczeniu, strategia jest ustalana zespołowo, wielodyscyplinarnie, z użyciem wszystkich metod, które są niezbędne w onkologii, żeby osiągnąć efekt. Natomiast prof. Jassem mówi o tym, co się dzieje poza siecią, gdzie te wyniki są niejednokrotnie o 10–25 punktów procentowych gorsze od uzyskiwanych w regionalnych centrach onkologii. Zatem, oczywiście trzeba wzmóc wysiłki, żeby dostępność do najlepiej wykwalifikowanych zespołów, które leczą w regionalnych centrach onkologicznych, była powszechna. To jest naszym głównym zadaniem w tej chwili.

Proszę państwa, wyniki uzyskiwane w centrach onkologii są porównywalne z wynikami z Unii Europejskiej. O tej średniej, która jest gorsza od wyników podawanych przez Unię, decyduje te 40%, a nawet 50% chorych leczonych poza siecią onkologiczną. Mówmy więc o tym, jakie są fakty, natomiast, być może w tym sprawozdaniu pewne sformułowania są nie do końca wyrażone zgodnie z nowymi sprawozdanymi liczbami. Myślę, że to sprawozdanie, które będzie przygotowane za rok 2013 przez Ministerstwo Zdrowia, będzie uzupełnione o nowe dane i w sposób bardziej klarowny przedstawione, ale naprawdę, proszę mi wierzyć, nie można rozmawiać o tragicznej, dramatycznej sytuacji chorego onkologicznie w Polsce, bo jest to niezgodne z prawdą.

Odnośnie do badań screeningowych, przecież byliśmy bezsilni. Ja sam zasiadałem w Radzie do spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych przez pierwsze 3,5 roku. Proszę państwa – odnośnie do tych postulatów, tego, co chcieliśmy wprowadzić – nie byłoby tej sytuacji dzisiaj z badaniami screeningowymi, które i tak nie są złe, jak na niski poziom oświaty zdrowotnej w Polsce i trudności w akceptowaniu takiej sytuacji. To właśnie prof. Domagała był tym człowiekiem, który – jak powiedział słusznie pan poseł – stworzył znakomity program. Miał świetne doświadczenia w województwie zachodniopomorskim. Chcieliśmy iść tym śladem. Niestety, nie będę mówić, kto za tym stoi, ale nasze postulaty w tym zakresie zostały storpedowane.

Następna sprawa. Byliśmy bardzo bliscy tego, żeby badanie screeningowe (przesiewowe) jeśli chodzi o wczesne wykrywanie raka szyjki macicy było w Polsce obowiązkowe

na zasadzie pierwszego badania przy przyjęciu do pracy, kontrolnego badania w przemysłowej ochronie zdrowia. Proszę sobie wyobrazić, że pani marszałek Kopacz, która wtedy sprawowała funkcję ministra zdrowia, była już bliska podjęcia naszego postulatu, żeby wprowadzić obowiązkowość. Niestety, proszę państwa, byliśmy zaskarżeni do Parlamentu Europejskiego, że zmuszamy kobiety i to jest zamach na wolność kobiet w Polsce. Przepraszam, jeżeli tak postępują same kobiety, które są przedstawicielkami ogółu Polek, to mamy związane ręce. Natomiast, odpowiadam też pani profesor – nie można dowolnie zmieniać granicy wieku, w której przeprowadza się screening. Screening jest ustalony na całym świecie jednakowo. To musi być uzasadnione ekonomicznie i efektywnie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę efektywność i ekonomię, to właśnie ta grupa, a nie inna, podlega screeningowi. Nie można tu dyskutować o czymś, co przez ostatnie 40 lat zostało już akceptowane na całym świecie. Nawet Amerykanie, którzy mieli nieco wcześniejszą datę screeningu dla kobiet, również przystąpili do takiego programu jaki ma Europa, ponieważ okazało się, że właśnie te granice wieku są najlepsze do tego, żeby taki screening przeprowadzić.

Jeśli chodzi o szkolenie lekarzy rodzinnych, to proszę państwa, jestem dumny z tego, że w zespole sześciu kolegów, którzy byli bardzo energiczni i poza swoimi normalnymi zajęciami przystąpili do prowadzenia szkolenia lekarzy rodzinnych, przeszkoliliśmy 12 tys. lekarzy rodzinnych w Polsce na zasadzie przekazania wiedzy o minimum onkologicznym, na zasadzie warsztatów, gdzie lekarze uczyli się, jak postępować z chorym, który jest w trakcie leczenia onkologicznego i po leczeniu onkologicznym, z jakimi dolegliwościami można się spotkać, jak sobie z nimi radzić, kiedy odesłać go do onkologa, a kiedy samemu można znakomicie przeprowadzić interwencję. Jestem zdumiony wysokim poziomem, tak jak powiedział pan poseł. Bardzo wysoki jest poziom wielu lekarzy rodzinnych, którzy z wielkim zainteresowaniem uczestniczyli w tych zajęciach. Żałuję, że nie mogliśmy przeszkolić ich więcej – bo jest 20 tys. lekarzy pracujących w POZ. Można było dalej prowadzić to szkolenie, niestety, obwiniono nas o to, że szkolenia były zbyt kosztowne. Efekt jest taki, że te szkolenia upadły, ale nie dlatego, że nie było chętnych do szkolenia, tylko dlatego, że nie było chętnych do podjęcia tego szkolenia po aferze, jaka została nagłośniona medialnie. Potem, jak się okazało, były wypowiedzi niektórych naszych kolegów, że będą za darmo szkolić lekarzy rodzinnych, ale jakoś nie zgłosili się do szkolenia lekarzy rodzinnych ani żaden inny podmiot nie podjął się tego wyzwania. Tak więc, moim zdaniem, jest jeszcze dużo do zrobienia w tym zakresie. Myślę, że nie jest słuszne powiedzenie, że nie ma chętnych do szkolenia się, ponieważ te warsztaty, które prowadziliśmy, cieszyły się wielkim uznaniem i popularnością. Kolegium Lekarzy Rodzinnych przyznało nam wyróżnienie za naszą działalność, ponieważ prowadziliśmy te szkolenia razem z nimi.

Chcę jeszcze raz powiedzieć, że bardzo ważne jest w tej chwili, żeby dobrze przyglądając się dotychczasowej realizacji tego programu, znając jego różne niedociągnięcia i nieosiągnięcie tego, co chcieliśmy uzyskać na dzień dzisiejszy, pamiętać o tym, że jego ocena będzie możliwa dopiero w następnym dziesięcioleciu. W ministerstwie – zresztą jeszcze wtedy, kiedy kierował zespołem do spraw onkologii pan minister Chlebus – zostały złożone stosowne dokumenty, w których wyznaczone są dalsze kierunki działań po kątem opracowania strategicznego programu walki z rakiem w Polsce po roku 2015, właśnie z modyfikacją tego, co było do tej pory, z udoskonaleniem tego, co było nie tak, jak powinno być. Myślę, że jeśli te prace będą kontynuowane – a mam taką nadzieję – to do spółki ze wszystkimi najlepszymi onkologami w Polsce jesteśmy w stanie ten program stworzyć tak, żeby uniknąć błędów popełnionych do tej pory, ale pod warunkiem, że będą słyszalne głosy ekspertów, bo – jak powiedziałem – bylibyśmy dzisiaj w innym miejscu, gdyby te postulaty były wysłuchane. A najlepszym dowodem tego niech będzie to – powiem na koniec – że dopiero po ośmiu latach realizacji tego programu dopuszczono położne, choć było wiadomo od początku, że tak trzeba zrobić od razu. To był nasz główny postulat, ponieważ w krajach skandynawskich, w których screening się powiódł – jest on tam od czterdziestu czy pięćdziesięciu lat – było to możliwe dzięki odpowiednio przeszkolonym pielęgniarkom. Pokazuje to, że czasem trzeba się wsłuchać w głos ekspertów. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To była bardzo interesująca i ważna wypowiedź, ale prosiłbym o skracanie wystąpień, bo nie możemy sobie pozwolić na 15-minutowe wypowiedzi, nawet najbardziej merytoryczne i słuszne. Nie mamy tyle czasu. Jeszcze raz bardzo dziękuję, panie doktorze, za ten bardzo ważny głos, ale do kilku rzeczy trzeba się na gorąco odnieść.

Ogromnie żałuję, panie doktorze, skoro są gotowe wnioski na lata 2014, 2015 i później – jak rozumiem – że tego nie dostaliśmy w tym materiale. My nasz wniosek złożyliśmy pół roku temu, w lipcu. Było dość czasu, aby w tym materiale nie było dosłownie pół strony o tym, co na przyszłość, i to bardzo lakonicznie. Wystarczyło na zasadzie kopiuj-wklej dostarczyć to, co państwo przygotowali. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. My jednak opieramy się na pewnym materiale i muszę się wycofać z tego, co powiedziałem na początku posiedzenia. A powiedziałem, że nie zgadzam się z tym, że nie mamy wniosków na przyszłość, natomiast materiał jest przygotowany dobrze. Muszę się z tego wycofać, niestety, i chyba będę głosować przeciw, ponieważ jest to wyraźnie napisane, i w związku z tym jest zasadnicza różnica. Pan doktor mówi o spadku zachorowalności, a w załączniku nr 1 na stronie 6 jest napisane jasno i wyraźnie, bez cienia wątpliwości – jeszcze raz przytoczę to, co powiedział pan przewodniczący Hoc – że w Polsce umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy jest o 70% wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej. Koniec, kropka. Do tego jest jeszcze stosowna rycina. Fakt, że tam jest podany rok 2010. Możemy zapytać, co dane z roku 2010 mają do sprawozdania za rok 2012, ale nie sądzę, żeby o 70% była poprawa w ciągu dwóch lat. Zatem, sytuacja według ministerstwa jest zła, a według państwa, zupełnie inna. Nie wiem, komu wierzyć, panie doktorze. Tu mamy materiał i pewne dokumenty.

Mówi pan – zresztą podobnie jak przewodniczący Hoc – o szkoleniach lekarzy rodzinnych. Myślę, że pani przewodnicząca Janicka zaraz pewnie też coś na ten temat powie. I znowu za stronie 6 sprawozdania ministerstwa jasno powiedziano – być może nieprawdę – że lekarze rodzinni nie chcieli się dalej szkolić i dlatego te szkolenia zawieszono w roku 2010. Komu mamy wierzyć, panie doktorze, panie ministrze? Dostaliśmy określone dokumenty, do których wiarygodności w takim razie należy mieć wątpliwości.

Zaraz, panie ministrze, bo jest jeszcze pani prezes Janicka – myślę, że w tej samej sprawie – więc będzie pan mógł się odnieść do całości. Widziałem też jeszcze jedno zgłoszenie. Zaraz panu oddam głos.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję serdecznie. Panie przewodniczący, panie ministrze, państwo posłowie, zaproszeni goście, przyszłam tu dzisiaj przede wszystkim w sprawie onkologii – z jednej strony pod kątem sprawozdań dotyczących tego, co było w przeszłości, a z drugiej strony, mnie dzisiaj interesuje przyszłość. Jeżeli w mediach czytam – mam przed sobą dzisiejsze portale medyczne – „POZ przejmie pacjenta z poradni onkologicznych”, to pytam (wczoraj byliśmy na spotkaniu w centrali NFZ i ten temat również był poruszony) co to znaczy. Kiedy my tego pacjenta będziemy przejmować i z jakim balastem badań i obowiązków? I inna rzecz – czy w POZ mamy znowu skupiać się tylko na chorych? Kiedy zajmiemy się zdrowymi? Kiedy usłyszę, że w POZ będzie więcej screeningu, więcej badań po to właśnie, żeby nie było tyle rozpoznań ciężkich chorób onkologicznych i tylu pacjentów, którzy umierają?

My, tak naprawdę, potrzebujemy naprawy od drugiej strony. Potrzebujemy szerokiej profilaktyki, nie zaproszeń, które kobiety wyrzucają, bo mają dosyć zaśmiecania skrzynek – najczęściej wśród gazet to gdzieś ginie. To nic nowego, bo w tej kadencji mówię to po raz kolejny, i zresztą po raz kolejny na posiedzeniu Komisji, kiedy poruszany jest temat onkologii – przesunąć to, co dotyczy przesiewów, badań, do podstawowej opieki zdrowotnej. Czy to będzie przymus, czy nie? To państwo mają narzędzia w ręku. Ja nie sądzę, żeby to musiał być przymus, jeżeli to będzie powiązane ze składką ubezpieczeniową, z odpowiedzialnością. Jeżeli ktoś (kobieta we właściwym wieku) nie robi badań screeningowych, płaci wyższą składkę. O tym wielokrotnie było tutaj mówione. To nie my jesteśmy decydentami, to parlament musi w tym kierunku pojąć kroki, żeby jasno pewne rzeczy określić.

Kolejna sprawa – edukacja. Edukacja od poduszki, nawet nie od przedszkola. Nie może być tak, że nagle dowiadujemy się… Myślę, że państwo również znaleźli w mediach tę informację, a ja przez przypadek dowiedziałam się o tym od mojej córki studentki, która do mnie zadzwoniła z pytaniem, kiedy będę moim pacjentom na wsi zadawać te seksuologiczne pytania. Sadzę, że państwo wiedzą, o co chodzi. Pojawiła się lista pytań, bardzo intymnych, dla lekarza rodzinnego. Nie mówię teraz o tym, czy one są potrzebne, czy nie, bo pamiętam, jak te pytania powstawały. One miały być screeningiem dla pacjentów, którzy zgłaszają się z problemami seksuologicznymi. Dla nich, tak, ale nie dla wszystkich.

Następny problem. Czy nasze społeczeństwo jest do takich pytań przygotowane? Czy ono o tym wie, czy będzie znowu tak, jak z kilkoma innymi rzeczami, że to lekarz rodzinny będzie informować – wie pani, czy wie pan, proszę księdza, może porozmawiamy… Nie. Pokazujemy, że do wielu rzeczy zabieramy się po raz kolejny nie tam, gdzie potrzeba. Zbudujmy onkologię w tych głównych kierunkach.

Dzisiaj nie przesyłałam programu, bo już od pół roku leży w ministerstwie pięcioetapowy cykl badań wykrywalności. Pierwszy – screening, drugi – podstawowe, rozszerzone w POZ, trzeci – do specjalisty, czwarty – specjalista podejmuje decyzję leczenia, piąty – wraca po leczeniu onkologicznym do POZ. To jest znane na całym świecie. Dlaczego tak nie robimy w Polsce, tylko szukamy różnych rozwiązań? Ja, tak naprawdę, jestem zainteresowana przyszłością, żeby kobiety przestały umierać, żeby panowie z chorymi prostatami mogli być u nas leczeni, żeby mogli być tak prowadzeni, żeby zawczasu to rozpoznać. Nie byłoby takich wzrostów umieralności. Tym zajmijmy się dzisiaj. Edukacja, profilaktyka, a potem POZ. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę o zabranie głosu… Tak, pan się zgłaszał. Proszę.

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Krzysztof Warzocha:

Krzysztof Warzocha – dyrektor Centrum Onkologii oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za udzielenie mi głosu. Dziękuję za racjonalny głos pana dra Medera w tej dyskusji. Uważam, że ocenianie wyników programu, który trwa, biorąc pod uwagę to, że będziemy oceniać wskaźniki przeżywalności po mniej więcej pięciu latach po zakończeniu programu, jest przedwczesne. Jednak ta dyskusja jest bardzo ważna, bowiem pokazuje, że „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" jest w pewnym sensie ważnym elementem cancer planu. Chciałbym właśnie odnieść się do proponowanych zmian w przyszłości i uwrażliwić państwa na pewne kwestie.

Po pierwsze, cieszymy się z apelu pana prof. Jassema i z tego, że pracuje 10 zespołów i 143 specjalistów nad dziesięcioma punktami, ale chcę powiedzieć, że te prace zostały zainicjowane przez izbę wyższą parlamentu już dużo wcześniej, bo w grudniu 2012 r., i tam zostały zgłoszone pierwszy pomysł cancer plan i inne. Nie jest więc tak, że jest jedna osoba, która dzisiaj stawia wszystkich do pionu, w tym premiera, ministra, państwa i nas tutaj, i nagle wszyscy bierzemy się za onkologię, tylko nad tymi propozycjami zmian pracuje wiele zespołów już od dłuższego czasu.

Szanowni państwo, wszystkie cancer plany, które powstały w różnych krajach, w tym również w Polsce, bo trzeba pamiętać o tym, że obecny plan jest czwartym z kole... Pierwszy był przed drugą wojną światową, zainicjowany przez Instytut Radowy. Drugi był zaraz po wojnie, zainicjowany jeszcze przez Instytut Radowy i kontynuowany przez Instytut Onkologii w latach 50., kiedy powstawały centra onkologii. Następnie był trzeci program realizowany w latach 74–90, również koordynowany przez Centrum Onkologii. Dzisiaj mówimy o czwartym planie. Wszystkie, do trzeciego planu włącznie, były realizowane zgodnie z tym, co realizowano w innych rozwiniętych krajach. Wszystkie cancer plany oparte były przede wszystkim na rozwoju wielospecjalistycznych centrów onkologii, które w sposób zrównoważony na terenie danego kraju otaczały pacjentów kompleksową opieką specjalistyczną – od A do Z. Idea takiego programu przyświecała również panu prof. Koszarowskiemu w latach 1974–1990, kiedy powstawały wielospecja-

listyczne centra onkologiczne w kraju. Na następnym etapie miały powstawać ośrodki onkologiczne satelitarne w stosunku do tych centrów. Niestety, tak się nie stało. I dzisiaj rozmawiamy o sposobach realizacji czwartego cancer planu w oderwaniu od wielospecjalistycznych centrów onkologii, w oderwaniu od ośrodka koordynującego – bo takiego nie ma – i również w oderwaniu od wskaźników wyleczalności.

Pan dr Meder wyraźnie wskazał, że dzisiaj problemem nie są różnice pomiędzy powiatami, a różnice pomiędzy pacjentami, którzy byli leczeni kompleksowo w ośrodku kompleksowym, versus ci, którzy nie mieli szczęścia trafić do tego ośrodka. Te różnice są dramatyczne, i one decydują o tym, że generalnie w Polsce nic się nie dzieje. W 1974 r., kiedy ruszył program trzeci, rządowy, wskaźniki wyleczalności były na poziomie 25%. Twórcy tamtego programu zakładali, że po jego zakończeniu w roku 1990 powinniśmy mieć 50%. I to się udało, ale wyłącznie w wielospecjalistycznych centrach onkologii. Te wskaźniki są nawet lepsze, i są porównywalne z tym, co jest w Unii Europejskiej. Dramat jest w terenie. To jest te 40% ludzi, którzy nie trafili w odpowiednim czasie do właściwego miejsca. Tam te wskaźniki się nie zmieniły – są na poziomie 20–25%, a statystyka jest taka, jaka jest. To jest matematyka, jeśli wszystko się zsumuje, efekt jest mizerny. Zajmujemy przedostatnie miejsce w Europie, jeśli chodzi o wskaźniki wyleczalności, które są na poziomie 38–40%.

W moim przekonaniu, bez względu na to, czy to będzie projekt PTO, czy PUO, czy ministerstwa, czy poselski, czy jakiś inny, powinien zmierzać do tego, aby przede wszystkim wzmóc rolę wielospecjalistycznych centrów w terenie, aby na bazie tych ośrodków można było tworzyć ośrodki satelitarne, które już istnieją. Nie twórzmy kolejnych ośrodków, bo pieniędzy w systemie nie ma, a system się rwie. Pacjent nie ma zapewnionego bezpieczeństwa i wielospecjalistycznej opieki. Poza tym stwórzmy ośrodek koordynujący. Był wniosek o powołanie Narodowego Instytutu na bazie Centrum Onkologii i Instytutu Hematologii. Te prace również stanęły. My dzisiaj mówimy o sprawach mało istotnych, a de facto nie mamy strategii. I nie ma potrzeby wyważać otwartych drzwi. Wszystkie kraje wspomniane przez pana przewodniczącego – Stany Zjednoczone, Francja, Holandia, Anglia – oparły swoją opiekę onkologiczną na narodowym instytucie i wielospecjalistycznych centrach onkologicznych, które nazywają się Comprehensive Cancer Centre. Nie ma innej drogi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie dyrektorze, my właśnie o tym pół roku temu, i wcześniej, mówiliśmy. To dokładnie wpisuje się w to, czego oczekiwaliśmy w tym suplemencie i powrocie do dyskusji. Dokładnie mówiliśmy o ośrodkach referencyjnych, o Narodowym Instytucie, o tym, co pan mówił. A w stosunku do komisji senackiej mamy tę przewagę, że co roku, oprócz innych prac, opiniujemy to sprawozdanie, czego nie robi Senat, o ile mi wiadomo. W związku z tym co roku do tego wracamy. My o tym kierunku, o którym pan mówił, mówiliśmy już wcześniej. Stąd to nasze porozumienie – niezależnie od sporów w innych dziedzinach – czego oczekujemy, a czego nie otrzymaliśmy.

Jeszcze jeden głos. Bardzo proszę.

Prezes PUO Janusz Meder:

Panie przewodniczący, chcę powiedzieć tylko jedną rzecz. Ja na pana ręce przesłałem kopię pisma adresowanego do ministra Chlebusa, jak i do pani przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu do spraw Onkologii. Liczy on tylko dwie i pół strony, i tam jest wszystko napisane. Przesłałem wiele tygodni temu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak. Dziękuję bardzo, panie doktorze, tylko przypominam, że realizujemy porządek obrad zgodnie z planem, zajmujemy się tym suplementem i otrzymaliśmy taki, a nie inny materiał. Zgadzam się z panem, bo to jest coś, o czym mówimy już od miesięcy. Pytanie, kto ma to zrealizować i czy to powinno być w programie, czy nie? Proszę bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej Tadeusz Orłowski:

Tadeusz Orłowski. Jestem konsultantem w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej i członkiem zespołu, który w jakiś sposób realizuje program onkologiczny. Proszę państwa

chcę tu powiedzieć, że dzięki temu programowi na pewno dokonało się w Polsce wiele. Jeśli popatrzą państwo na wyposażenie ośrodków onkologicznych, które dostały pieniądze, to proszę spojrzeć na radioterapię. To jest niebo a ziemia pomiędzy tym, co jest teraz a było 10 lat temu. Patrząc na wskaźniki, są to opracowania pani dr Witkowskiej, to widać, że spada umieralność na raka szyjki macicy, na raka piersi, natomiast nikt się tu nawet nie zająknął na temat raka płuca. Chcę powiedzieć, że rośnie umieralność na raka płuca wśród kobiet. To jest w tej chwili pierwsza przyczyna zgonów nowotworowych.

Jednak zanim o tym powiem, jeszcze dwa zdania. Proszę zwrócić uwagę na to, że ten postęp dokonał się dzięki 60 mln euro rocznie versus to, co tutaj słyszeliśmy – we Francji 1,5 mld, w Wielkiej Brytanii 5 mld. My zrobiliśmy to za 60 mln. Jest problemem opieka –co było tu dyskutowane – stworzenie sieci. Trzeba jednak się zastanowić, jak ta sieć ma być finansowana. To nie zostało rozwiązane.

A teraz, proszę państwa, pewna niekonsekwencja ze strony państwa. Z jednej strony słyszymy tutaj, że bije się w czambuł niektóre środowiska, że nie ma profilaktyki (a chcę zwrócić państwa uwagę na to, że wzrasta umieralność właśnie wśród kobiet na raka płuca), a z drugiej strony Sejm jest przeciwny temu, żeby zakazać sprzedaży papierosów typu slim i papierosów mentolowych…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo, panie profesorze, musi być odpowiedni akt prawny, żeby pan mógł powiedzieć, że Sejm czegoś nie przyjął. Otóż, zapewniam pana, że to właśnie z inicjatywy Sejmu były obostrzenia, które są w tej chwili. Powiem tak – długo stanowisko rządu było neutralne, a później rzeczywiście wszyscy te zmiany poparliśmy. My z przyjemnością oczekujemy dalszych rozwiązań legislacyjnych w tej sprawie.

Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej Tadeusz Orłowski:

Fakty, są takie, jakie są. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę. Ponownie o głos prosiła pani prof. Hrynkiewicz. Zgłaszali się też pani poseł Gądek – czy tak? – i pan poseł Hoc. Następnie oddam głos panu ministrowi. Proszę o krótkie wypowiedzi.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja bardzo krótko chciałabym się odnieść do tego, o czym mówił pan dr Meder. Otóż, panie doktorze, jeśli ja mówię, żeby zweryfikować grupy wieku, w których prowadzi się badania, to dlatego, że te granice były ustalone 40 lat temu, a od tego czasu coś się zmieniło, i być może – jak powiadam – warto zrobić badania jakiejś wybranej populacji, zrobić dokładne analizy i zastanowić się, czy by tych granic nie przesunąć. Cała rzecz polega na tym, że trzeba do tego odnieść się w ten sposób i powiedzieć, że być może warto zrobić takie analizy. Mnie się wydaje, że to zawsze warto przeanalizować, bo to znacznie taniej kosztuje niż potem leczenie zaawansowanych stanów. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Bardzo panu dziękuję za to, co pan podniósł, a co dotyczy pokątnej prywatyzacji onkologii. Mówił o tym także pan dyrektor Warzocha. To rzeczywiście jest problem, który wymaga interwencji zarówno ministra zdrowia, jak i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dlatego że jak wynika z tego, co panowie mówią, i co widać gołym okiem, w prywatnych placówkach to jest leczenie incydentalne i nie ma kompleksowej opieki, która jest potrzebna. Leczy się określony przypadek w określonym czasie, a potem oczywiście ten pacjent gdzieś wraca i zostaje bez pomocy. Jest to bardzo wyraźne i bardzo ważne wskazanie, o którym panowie mówili, i ono przy pracy nad następnym programem powinno być poważnie wzięte pod uwagę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni goście, ja krótko. Bardzo dziękuję za tych kilka głosów odnośnie do tego nieszczęsnego akapitu, który

jest przepisany, niestety, z poprzednich sprawozdań. On brzmi tak samo do ostatniego zdania, co jest oczywiście nieprawdą, bo lekarze rodzinni zawsze chcieli się kształcić. W ogóle lekarze POZ zawsze chcieli się kształcić we wszystkich dziedzinach medycyny, a onkologia jest bardzo specyficzną dziedziną i współpraca pomiędzy Kolegium Lekarzy Rodzinnych – bardzo dziękuję panu doktorowi za ten głos – ze szkolącymi nas w różnych dziedzinach z reguły jest wzorcowa. Znam to też z praktyki. Jest bardzo duże zainteresowanie szkoleniami. Niestety, tych szkoleń jest coraz mniej.

Jednak wracając do tematu, o którym tu dzisiaj dużo mówimy, proszę państwa, współpraca lekarza rodzinnego z onkologami i innymi specjalistami jest konieczna z tego punktu widzenia, że w całym tym sprawozdaniu, i tym, co tutaj mówimy, zatraca się jedno – droga pacjenta od pacjenta zdrowego, czyli od zdrowego obywatela, pacjenta z ryzykiem, do wczesnego rozpoznania, a potem droga diagnostyki i leczenia onkologicznego. I to jest nie tylko droga tego pacjenta, ale i jego rodziny, całego jego otoczenia. Zarówno opieka nad rodziną ze względu na obciążenie, jakim jest choroba pacjenta, jak i opieka nad rodziną w kwestii szeroko pojętej profilaktyki, czyli, kto jeszcze w tej rodzinie i dlaczego powinien być w odpowiednim trybie zdiagnozowany. Tego naprawdę nie zrobi nikt inny tylko dobrze przygotowany lekarz rodzinny w kompleksowym ujęciu ze specjalistyką. Jednakże należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Ten lekarz musi mieć instrumenty. Jeżeli dzisiaj w kompetencji lekarza rodzinnego jest morfologia, RTG klatki piersiowej i USG, to o jakiej diagnostyce możemy mówić. I dalsza droga pacjenta – pacjent świetnie diagnozowany i leczony w centrum onkologii cały czas wraca z różnymi schorzeniami i my musimy mieć bezpośredni kontakt i krótką ścieżkę kontaktu z onkologiem prowadzącym, aby móc szybko i prawidłowo interweniować dla dobra tego pacjenta, ale też dla dobra systemu, bo zdecydowanie zmniejszamy koszty zarówno społeczne – dla tej osoby i otoczenia – jak i dla systemu. I to należy wziąć pod uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja krótko. Ta dyskusja, szczerze mówiąc, wcale mnie nie uspokoiła, a nawet przeciwnie, bardziej się teraz niepokoję, bo dostrzegam wyraźnie polaryzację w świecie onkologii. Jest świat onkologii prawidłowej – specjalistycznej, merytorycznej, bardzo dobrej, wysokospecjalistycznej, referencyjnej, porównywalnej z najlepszymi ośrodkami w Europie. I jest świat drugi, B, okrutny, w terenie, gdzie są ludzie bardzo nieszczęśliwi. Ci, którzy dostali się do tej oazy – tak to nazwijmy – do sieci wysokospecjalistycznych ośrodków, są szczęśliwcami, natomiast ci, którzy tam się nie dostali, najczęściej odsyłani od Annasza do Kajfasza muszą albo umierać, albo są upokarzani. To, w kontekście konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnej troski, jest niepokojące. To w takim razie, panie dyrektorze – o tym, co pan mówił, że jest sieć, to my wiemy – jak zapewnić wszystkim równy dostęp, żeby pacjent z małej wsi miał taki sam dostęp do leczenia jak pacjent z dużego miasta. Dlaczego tak nie jest? To jest jeszcze większa dysproporcja i niesprawiedliwość. Dlatego przygotujmy ten cancer plan. Jeden ośrodek musi być naczelny, ale ile musi ich być, żeby wszyscy pacjenci… Tak jak w przypadku kardiologii inwazyjnej praktycznie cały kraj jest objęty siecią ośrodków kardiologii inwazyjnej, zróbmy też tak, żeby pacjent z małego miasteczka czy z małej wsi również miał szansę na wyleczenie. A teraz, w takim razie, tej szansy nie ma. To już jest bardzo niesprawiedliwe.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za tę niezwykle owocną i ciekawą dyskusję, która – jak zawsze – ujawniła bardzo holistyczną i intelektualną atmosferę tej izby pochylenia się nad zagadnieniem szerokiego spektrum problemów onkologii polskiej od medycyny profilaktycznej po naprawczą. Niemniej jednak

tematem obrad jest sam „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych", który rzeczywiście jest wycinkiem całości tego zagadnienia. Pozwolę więc sobie odnieść się do tych pytań, które dotyczą narodowego programu.

Kiedy rok temu przedstawiałem Wysokiej Komisji sprawozdanie z wcześniejszego o rok programu, wówczas wszyscy zgodziliśmy się odnośnie do tego, że program wymaga przeformułowania celów z uwagi na fakt, że inwestycje w sprzęt i budynki – jak się wydaje – już wysyciły potrzeby naszego kraju i należy zwiększyć zainteresowanie i położyć nacisk na działania profilaktyczne, w tym na wdrażanie innowacyjnych i nowoczesnych metod komunikacji społecznej w takim kierunku, by jak największa liczba osób wzięła udział w badaniach profilaktycznych. Rzecz jasna – myślę, że członkowie Wysokiej Izby to rozumieją – programy, często wieloletnie i umowy, którymi państwo polskie, czyli rząd, jest związane ze szpitalami, nie pozwalają na zerwanie tych umów i skierowanie z dnia na dzień 250 mln zł wyłącznie na działania profilaktyczne, toteż ten efekt był odroczony w czasie. Obserwujemy go, tak naprawdę, dopiero od roku 2014, kiedy, po pierwsze, zwiększamy wielkość środków na programy profilaktyczne, edukacyjne i wdrażamy program szkolenia z psychoonkologii. Stworzyliśmy podstawy prawne. Dziękuję za miłe słowa dra Medera, bo bardzo mi na tym zależało, żeby faktycznie realna stała się możliwość zakontraktowania poborów badań cytologicznych przez położne bez całości świadczenia związanego z udziałem lekarza i całej konsultacji.

Elementem, który wymaga ciągłej poprawy, rzeczywiście jest dotarcie do zróżnicowanych pod względem kulturowym, społecznym, ekonomicznym i terytorialnym różnych siedlisk mieszkalnych poszczególnych osób. I to się dzieje. Efekt też nie jest spektakularny, ale już go widać. Widać doskonałą współpracę instytucji samorządu z wojewódzkimi ośrodkami koordynującymi. Widać zaangażowanie instytucji wyznaniowych w promowanie udziałów w akcjach profilaktycznych. W listopadzie wysłałem list do wszystkich kardynałów, biskupów i biskupów pomocniczych Kościoła katolickiego z wielką prośbą o wsparcie i zwiększenie aktywności na polu promowania zdrowia, z uwzględnieniem przede wszystkim raka płuca jako początku dobrej współpracy, z uwagi na fakt, że rak płuca jest tą chorobą, która w Polsce jest szczególnie niebezpieczna, zwłaszcza dla kobiet, bo faktycznie to rak płuca jest wśród chorób nowotworowych głównym zabójcą Polek. Dlatego w pełni popieram niepokój pana prof. Orłowskiego odnośnie do debaty publicznej, jaka odbyła się w naszym kraju w zakresie dyrektywy tytoniowej.

Mówiąc o wynikach i odpowiadając na rozliczne pytania – pan przewodniczący zadał pytanie, komu wierzyć. Panie przewodniczący, zapewniam, że te dane, które prezentuje w swoim sprawozdaniu minister zdrowia pochodzą z krajowego rejestru nowotworowego. One są tożsame. I fakt, że umieralność z powodu nowotworu szyjki macicy jest w Polsce wyższa o 70% niż przeciętna w Unii Europejskiej w żaden sposób nie wyklucza faktu, że umieralność z powodu raka szyjki macicy w Polsce spada. Chodzi o to, że specyfiką epidemiologiczną naszego kraju jest to, że to jest częsta choroba. W ogóle jest rzadka, ale jest częsta w porównaniu z innymi krajami. Rzeczywiście zapadalność na raka szyjki macicy w Polsce jest stosunkowo wysoka, ale obniża się. Zachorowalność w 1980 r. wynosiła 18,4, a w roku 2010 – 10,3. Mamy ewidentny trend spadkowy. Tak jak mamy trend spadkowy w raku żołądka, tak mamy trend spadkowy w raku szyjki macicy. To są pozytywne przejawy zmiany warunków życia, bogacenia się społeczeństwa, poprawy metod leczenia, a w tym przypadku, jeżeli mówimy o raku szyjki macicy, na pewno działania „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych", ponieważ narodowy program wykrywa wczesne postacie nie tylko nowotworów, ale też zmiany przednowotworowe, czyli jest działaniem profilaktyki *de facto* drugiej fazy, ale także przeciwdziała wystąpieniu nowotworów u osób, które już mają pewne zmiany patologiczne. Dlatego ten rysunek 10 na stronie 6, o którym mówił pan przewodniczący, w żaden sposób nie wyklucza tego zapisu.

Chętnie odpowiem pani prof. Hrynkiewicz na pytania dotyczące danych statystycznych częstości zgłaszalności na badania cytologiczne. Pani profesor w swojej wypowiedzi powiedziała, że te dane, jeżeli mówimy o 13–30%, nie są danymi reprezentatywnymi. Pani profesor, odgaduję, dlaczego pani tak powiedziała – bo pani profesor jest pedagogiem. Pani profesor jest przyzwyczajona do badań surveyowych, do badań ankieto-

wych, w których reprezentatywna grupa odpowiada na coś. Pani profesor, przepraszam, że to powiem, ale my tu stąpamy po twardej medycynie, jaką jest epidemiologia. Tu nie ma co być reprezentatywne. Dlaczego? Mamy cel, target – 100% populacji wskazanej przez narodowy program, która ma się zgłosić na badania, a zgłosiło się w jednym województwie 16%, a w drugim 30%. Trudno tu mówić o reprezentatywności. To jest taki wynik. Mieliśmy 100%, udało nam się zrealizować 30%. Oczywiście to wymaga analizy terytorialnej i podjęcia działań interwencyjnych. I właśnie tego typu działania podejmujemy, docierając do coraz większych populacji. Dlatego pozwolę sobie przyjąć te tezy mówiące o niewłaściwej, błędnej, spaczonej albo irracjonalnej metodologii tych opracowań bardziej jako element debaty politycznej wokół dzisiejszej godziny 13.00 niż element dyskursu merytorycznego nad jakością danych epidemiologicznych, które są wynikiem pracy instytutów.

Pani profesor jeszcze porównywała opracowania z Krajowego Rejestru Nowotworów z opracowaniem PZH – słynna publikacja Wojtyniak, Goryński. Proszę zauważyć, że autorzy w różnych zestawieniach naprzemiennie używają albo danych z Krajowego Rejestru Nowotworów, albo danych z chorobowości szpitalnej, czyli danych wynikających z druków sprawozdawczości szpitalnej. One są nieporównywalne z definicji, ale generalnie mamy w Polsce dane dotyczące zapadalności na nowotwory wnikające ze sprawozdawczości Krajowego Rejestru Nowotworów, umieralności na nowotwory, które pochodzą ze sprawozdawczości wynikającej z kart zgonu, i chorobowości szpitalnej, które wynikają z diagnoz stawianych u pacjentów leczonych w szpitalu. To są trochę inne podejścia metodologiczne, stąd inne są te dane. Ich bezpośrednie porównywanie nie jest możliwe.

Mamy bardzo wiele do zrobienia. I zgadzam się z tą dyskusją, że jednym z kolejnych elementów poprawy zgłaszalności, a tym samym poprawy efektywności tego programu screeningowego, jest większe zaangażowanie podstawowej opieki zdrowotnej. Ja się z tym zgadzam. Pani prezes mówiła, że w zasadzie to powinno się opierać… Zgadzam się, aczkolwiek jest pewien problem. Pani prezes pewnie się ze mną nie zgodzi, ale ponieważ spora część pacjentów nie widuje swojego lekarza rodzinnego częściej niż raz na 10 lat, to trudno byłoby wyobrazić sobie skuteczne realizacje programu przesiewowego w POZ. Natomiast dzisiaj są już możliwości techniczne – każdy POZ ma portfel świadczeniodawcy i każdy POZ może mieć dostęp do końcówki SIMP, czyli tego systemu informatycznego, w którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej widzi, czy pacjentka wzięła udział w programie przesiewowym, czy nie wzięła. To trzeba wykorzystać. I my podejmiemy kroki, żeby to wykorzystać. Już konsultuję się z panem prezesem – dotrzemy z tą informacją. Być może przemyślimy jakiś mechanizm, który by obligował, żeby elementem rozliczanej wizyty był fakt stwierdzenia czy sprawdzenia, czy pacjentka brała udział w programie przesiewowym, bo jest to niebywale istotny element kontroli. Tym bardziej że musimy pamiętać o tym, że w Polsce, w tym konkretnym przypadku przesiewu w kierunku raka szyjki macicy mamy problem tego, że to jest nowotwór wstydliwy, i to badanie jest wstydliwe. A zatem szczególnie dużo uwagi musimy kierować na to, aby docierać do tych środowisk, które są obarczone dużym ryzkiem lękowego pojmowania choroby nowotworowej, ucieczki od tego tematu. To są osoby, które wymagają wsparcia medialnego, psychologicznego, duchowego i innych działań, które je nakłonią do tego, żeby ostatecznie skorzystały z tych świadczeń.

Dyskutowałem wielokrotnie z różnymi przedstawicielami świata nauki, ekspertami, w zakresie zasadności odstąpienia od wysyłania imiennych zaproszeń. To na dzisiaj nie jest zgodne ze standardami, z wiedzą o skuteczności. Otóż mamy, jeśli nie polskie Centrum Onkologii, to w Europie Instytut Badań nad Rakiem, agencję WHO w Lyonie – IARC, która bezwzględnie w kolejnych raportach podkreśla, że wysyłanie imiennych zaproszeń jest jednym z podstawowych elementów gwarantujących wysoką zgłaszalność. Nie wydaje się zatem zasadna teza, że odstąpienie dzisiaj od imiennych zaproszeń miałoby poprawić skuteczność screeningu. Wydaje się, że pogorszy. Owszem, część zaproszeń – jak powiedziała pani prezes – ląduje w piecu, ale część jest wykorzystywana. Bezwzględnie musimy ten element utrzymać, przynajmniej przez najbliższe lata. Mówię o najbliższych latach, bo zmienia się kultura, w której żyjemy, społeczeństwa stają się

coraz bardziej internetowo-medialne. Być może za 10 lat pojawią się wyniki badań, że lepiej wysłać e-maila albo „tweeta" na Twitterze, ale na dzisiaj poczta i listonosz, który przynosi zaproszenie, to standard światowy i dociera do tej populacji.

Nie ma danych epidemiologicznych mówiących o tym, że rozszerzenie populacji o kolejne grupy wiekowe ma w tym programie sens. Populacje, owszem, starzeją się, ale starzenie się populacji powoduje zmianę epidemiologiczną – mówimy o transformacji epidemiologicznej. I to, że ludzie żyją coraz dłużej nie znaczy, że należy w coraz starszych grupach wiekowych robić screening w kierunku raka szyjki macicy i raka piersi, bo one występują u ludzi w określonym wieku. Ten wiek został określony w badaniach przesiewowych w Polsce tak samo jak w innych krajach. On nie wynika z pewnego spektrum wizjonerstwa krajowych ekspertów, tylko wynika z gruntownie przeprowadzonych badań w świecie. Wszędzie w świecie uważa się, że ten target wiekowy jest właściwy do tego, by przeprowadzać badanie screeningowe. Natomiast populacja starsza wymaga nadzoru w kierunku innych nowotworów. Wiemy o tym, że populacja seniorów to osoby szczególnie zagrożone ryzkiem wystąpienia raka jelita grubego i tej populacji zaleca się na przykład okresowe badanie kału na zawartość krwi utajonej. Dlatego musimy dobierać narzędzia do zamierzonych celów.

Oczywiście prawdą jest twierdzenie, że wczesne wykrycie nowotworu gwarantuje większą szansę na szczęśliwe wyleczenie, ale pamiętajmy o tym, że celem badania przesiewowego, które jest kierowane do populacji ogólnej, zdrowej, jest wykrycie możliwie największej liczby nowotworów na takim etapie ich rozwoju, że zmieni to historię naturalną rozwoju tej choroby. I dlatego został określony ten przedział wiekowy, bo on gwarantuje najlepsze efekty. Oczywiście, jeśli wykryje się nowotwór piersi u 70-latki we wczesnym stadium rozwoju, czy u 80-latki, to wyleczalność tego nowotworu też będzie większa, ale z powodów populacyjnych i pewnej idei ogólnej testów przesiewowych musimy zdefiniować, jaka jest wielkość populacji. Bo pamiętajmy o tym, że jeżeli zrobimy mammografię całej populacji 80-latek to może się okazać, że korzyść terapeutyczna wynikająca z wczesnego wykrycia kilku nowotworów nie przewyższy strat wynikających z tego, że eksponujemy na promieniowanie X tak dużą populację. To tyle tytułem podsumowania i wyjaśnienia.

Następnym krokiem – i myślę, że zrobimy to jeszcze w roku 2014 – będzie poprawienie dostępności do SIMP. Znajdziemy takie miejsce i sposoby prawne, żeby… W POZ już dzisiaj jest to możliwe. Zintensyfikujemy to, żeby jak najwięcej POZ brało czynny udział i korzystało u siebie z końcówki SIMP. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, gdyby pan jeszcze odniósł się do tego sporu dotyczącego stronie 6, jak to jest, bo lekarze POZ – i były tu inne głosy – twierdzą, że była chęć szkolenia, natomiast państwo napisali, że wygasili te programy z powodu braku odzewu i chęci szkolenia. Jak to jest?

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak, panie przewodniczący. Był program szkolenia w latach 2006–2009 dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. On najpierw zrobił dużą furorę, potem spotkał się z niełaskawym odbiorem przez massmedia. Wyszukiwano afery przepływów finansowych. Wreszcie program się zakończył, a kolejne edycje programu rzeczywiście cechowało to, że stosunkowo niewielki był odzew zainteresowanych po stronie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, co oczywiście nie znaczy, że następne programy nie będą wdrażane. Na przykład, program edukacji z zakresu nowotworów wdrażaliśmy niedawno, w zeszłym roku, przy okazji programu 45 PLUS, kiedy edukowaliśmy w zakresie profilaktyki nowotworów układu moczowo-płciowego, w zakresie którego zakładano przeszkolenie 4800 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu dwóch lat. I przeszkolono blisko 4 tys. lekarzy, czyli kolejne programy jakoś działają. Cóż, w sieci różnych szkoleń, które organizują różne instytucje, trzeba oddać prawdę takiemu sformułowaniu, że szkolenia organizowane przez ministerstwo często muszą konkurować z innymi szkoleniami organizowanymi przez firmy komercyjne zajmujące się szkoleniem, a te zwykle mają większe fundusze na dodatkowe czynniki zachęcające do udziału w szkoleniach…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że dość ostro poszedł pan, panie ministrze, mówiąc o tych zachętach. Takie mam wrażenie. Panie ministrze, myślę, że wytłumaczenie jest dużo prostsze. Jeżeli państwo przez 3 lata szkolili grupę lekarzy rodzinnych, to musi upłynąć kolejny okres, kiedy był dopływ nowych, niewyszkolonych jeszcze lekarzy rodzinnych, niezależnie od tych, którzy byli na tym szkoleniu w ciągu trzech lat. I zapewne stąd był ten spadek. A teraz być może znowu byłaby duża grupa chętnych. Ktoś, kto był wyszkolony, to w kolejnym roku na to szkolenie już nie jechał.

Myślę, że warto też uzyskać informację od pana prezesa NFZ, ponieważ ostatnio głośno było o kwestiach związanych ze zniesieniem limitów w onkologii. Został wdrożony pilotaż – a może to inaczej należy nazwać – w województwie kujawsko-pomorskim. Media to ogłosiły. Rozumiem, że jest porozumienie między dyrektorem oddziału i panem prezesem. Również minister zapowiadał dążenie do tego, aby takie zasady obowiązywały w całej Polsce. Gdyby mógł pan coś więcej na ten temat powiedzieć. Czy to będzie dotyczyć osób chorych z już rozpoznanym nowotworem złośliwym, czy z jakimkolwiek podejrzeniem? Czy, jeśli ktoś z powodu jakiegokolwiek podejrzenia, że może coś być, zgłasza się na onkologię, to żadnych limitów nie ma? Bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo. Nie ma żadnego pilotażu dotyczącego nielimitowania świadczeń gdziekolwiek, w tym momencie i w tej sytuacji. Po prostu dyrektor oddziału, planując właściwie swoje obowiązki, doszedł do porozumienia ze świadczeniodawcą w celu zapewnienia szerszego dostępu do świadczeń onkologicznych dla pacjentów. Odnośnie do całej idei świadczeń onkologicznych musimy sobie wyjaśnić, o czym tak naprawdę mówimy. Nie można żądać odpowiedzi na pytanie, czy ktoś jest za limitowaniem, czy nielimitowaniem świadczeń onkologicznych, bo musimy sobie jasno odpowiedzieć na pytanie, co rozumiemy przez dostęp do świadczeń onkologicznych. Bo w katalogu świadczeń onkologicznych poza zabiegami *stricte* usuwającymi nowotwór czy leczącymi nowotwór, są również inne świadczenia, typu obserwacja po leczeniu nowotworowym czy usuwanie znamion na skórze podejrzanych o potencjalne zmiany w przyszłości. I to, co powiedział pan prof. Warzocha, jest niezmiernie ważne, że mamy zróżnicowane efekty leczenia przez rozmaitych świadczeniodawców.

Teraz w interesie pacjentów, w interesie wszystkich ubezpieczonych, trzeba zadać kolejne pytanie, czy poszerzony dostęp do zasobów publicznych przeznaczanych tak czy inaczej na leczenie pacjentów w 100-procentach, jeśli chodzi o budżet Narodowego Funduszu Zdrowia, powinien być otwarty dla wszystkich świadczeniodawców, niezależnie od tego, jaki poziom merytoryczny reprezentują, jakie wyniki leczenia osiągają. Czy te wyniki leczenia są porównywalne z europejskimi wynikami leczenia? Czy w istotny sposób od nich odstają i protokoły prowadzonego leczenia, niestety, nie są zgodne z tymi, które są najbardziej właściwe? Zatem dla mnie jest to zbyt duże uproszczenie i spłaszczenie tego tematu, że teraz otwieramy wszystkim nieograniczony odstęp do zasobów, każdemu, kto będzie podejmować próbę realizowania procedury onkologicznej. W momencie, kiedy będziemy mieć ustalone odpowiednie standardy postępowania (rozumiem, że właśnie teraz odbywają się takie prace, które mają ustalić właściwe standardy postępowania w radioterapii, w chemioterapii) czy będziemy mieć ustalone również zasady odpowiedniego postępowania w specjalnościach zabiegowych, czy zakresach zabiegowych związanych z leczeniem onkologicznym, to wtedy możemy rozpocząć dyskusję nad tym, dla kogo i w jakiej sytuacji ten dostęp do zasobów publicznych przeznaczanych na leczenie onkologiczne powinien być większy niż dla innych.

Tak więc, na pewno – mogę to potwierdzić – w Narodowym Funduszu Zdrowia są praktycznie ukończone dwa projekty. Pierwszy, to modyfikacja zasad finansowania chemioterapii, zgodnie z oczekiwaniami środowiska onkologicznego, a jak sądzę i pacjentów. Projekt ten zmierza do tego, żeby powiększyć liczbę chorych leczonych w trybie ambulatoryjnym. A o drugim można powiedzieć, że jest projektem innowacyjnym, bo wprowadzającym zupełnie inne zasady i inne spojrzenie na leczenie onkologiczne – leczenie kompleksowe. Ten projekt odnosi się do kompleksowego leczenia raka piersi.

Jak powiedziałem, te projekty są praktycznie na ukończeniu. W niektórych aspektach wymagają one jeszcze pewnych zmian legislacyjnych, ale myślę, że odpowiednio planując i z odpowiednim wyprzedzeniem projektując te zmiany, dając również szansę szpitalom na zweryfikowanie naszych propozycji i złożenie uwag i wniosków do naszego projektu, to ten projekt być może będzie mógł być wdrożony od przyszłego roku. Natomiast, sądzę, że właśnie pilotażowy projekt kompleksowego leczenia raka piersi będziemy chcieli ogłosić jeszcze w tym roku. Chcielibyśmy, żeby jeszcze w tym roku pierwsze ośrodki, które będą w stanie zrealizować to według proponowanych przez nas założeń, zaczęły działać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja tylko dwa zdania. Panie prezesie, nawiązując do pana wypowiedzi zastanawiam się, czy to nie wy wymuszacie kierunek pewnych działań w onkologii. Jeśli Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za pewną procedurę tak samo szpitalowi rejonowemu, powiatowemu, miejskiemu jak wysokospecjalistycznemu centrum, to niejako wymuszacie ten niezbyt oczywisty kierunek.

I druga sprawa. Jeśli, na przykład, oszczędzająca wysokospecjalistyczna operacja nowotworu piersi – nie mówię raka piersi – będzie mniej opłacana niż operacja radykalna, czyli amputacja piersi (czyli amputacja piersi będzie bardziej opłacalna dla ośrodków) to coś jest nie tak. Zatem, albo wspólnie, albo państwo muszą się zastanowić nad tym, czy zasadne jest finansowanie takich procedur.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Od razu odpowiem. Projekt kompleksowego leczenia raka piersi uwzględnia ten postulat, o którym mówi pan poseł. Mianowicie, wprowadza on takie rozwiązania, które mają sprzyjać wprowadzaniu metod nowoczesnych i kompleksowych, przyjaznych dla pacjentek.

Odnośnie do finansowania świadczeń i różnicowania finansowania w zależności od szpitala, to powiem tak. Mamy trudną sytuację. Przypomnę Wysokiej Komisji, że ostatnio, ku ogólnemu zadowoleniu mediów, ogłoszono komunikat, że Narodowy Fundusz Zdrowia został ukarany za praktyki różnicujące świadczeniodawców. Chodziło dokładnie o wprowadzenie elementu doświadczenia w wykonywaniu badań diagnostycznych. Chodziło wprost o badania tomograficzne i rezonansowe, w przypadku których wprowadzaliśmy kryteria preferujące tych świadczeniodawców, którzy byli w stanie wykazać się większym doświadczeniem w wykonywaniu tych badań. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, po postępowaniu, nałożył karę. My oczywiście mamy kompletnie inne zdanie na ten temat, ponieważ uważamy, że świadczenia zdrowotne nie są normalnym rynkiem obrotu gospodarczego, i tu zasady równości gospodarczej wprost nie powinny być stosowane. W interesie obywateli, a głównie pacjentów jest to, żeby środki publiczne były kierowane przede wszystkim do tych świadczeniodawców, którzy są w stanie wydać je w sposób najbardziej właściwy, krótko mówiąc. Tak więc z pewnością będziemy się odwoływać od tego orzeczenia UOKiK, niemniej jednak byłbym bardzo wdzięcznym gdyby Wysoka Komisja i Wysoki Sejm w przyszłości mogli pochylić się nad tym problemem, ponieważ orzeczenia UOKiK, zapowiadane postępowania i wygłaszane stanowiska będą w przyszłości stanowić istotne utrudnienie we wprowadzaniu zasad, które będą preferować świadczeniodawców tych, którzy będą w stanie realizować świadczenia na wyższym poziomie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze dwie osoby prosiły o głos. Bardzo proszę o krótkie wypowiedzi. Pan dr Meder, proszę.

Prezes PUO Janusz Meder:

Ja bardzo krótko, dosłownie trzy zdania. Po pierwsze, nas obowiązuje jedno – dostępność do leczenia, jakość diagnostyki i leczenia, a także jasne, klarowne kryteria, nie dzielenie na prywatnych, publicznych. Każdy może być podmiotem biorącym udział w leczeniu pod warunkiem, że spełnia określone kryteria wyznaczone przez standardy, które są już od dawna znane i opracowane, ale dotąd nierespektowane przez płatnika albo w mniejszym zakresie niż powinno być. Także rola krajowego i wojewódzkich konsultantów musi być inna – nie taka, jak to wygląda teraz, na zasadzie nie wiem czego, ale nie ma to żadnego przełożenia na jakość. A można by to było zrobić. Myślę, że to rozwiąże ten problem. Poza tym odnośnie do dostępności, jeżeli w tej chwili mówimy, że jest wyraźny podział na lepszych i gorszych, to dlaczego nie mówi się o tym, że są rezerwy w regionalnych centrach onkologicznych. My szacujemy na około 25% niewykorzystane możliwości zarówno w potencjale aparaturowym, jak i ludzkim, ponieważ nie płaci się za nadwykonania w onkologii, czyli karze się tych, co najlepiej leczą.

Proszę państwa, tak nie może być. My oczekujemy wsparcia od państwa w tym zakresie, żeby promować i odpowiednio finansować tych, którzy mają najlepsze wyniki i najlepszą jakość leczenia. Czyli ten potencjał pozwala przyjąć jeszcze większą liczbę pacjentów, bo kolejki są sztuczne. Przykład znany z publikacji – Bydgoszcz. Kolejki trzymiesięczne na radioterapię. Aparatura stoi, lekarze są gotowi do leczenia, a dyrektor mówi – nie, bo mam w tej chwili ileś milionów długów i nie płacą mi za nadwykonania. Gdzie tu jest logika? Albo idziemy tym tropem, o którym przed chwilą powiedział pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, słusznie zresztą… Tylko do tej pory nie ma to przełożenia na praktykę życiową.

I jeszcze jedna sprawa. Jeżeli tak dużo mówi się o poziomie polskiej onkologii i stosunkowo małej liczbie specjalistów, którzy dobrze leczą, to pytam, dlaczego do tej pory tak nie jest – od 10 lat to postulujemy – żeby na uczelniach medycznych nauka onkologii kończyła się egzaminem. Przecież to jest inny poziom nauczania, jeżeli przedmiot kończy się egzaminem. Dlaczego nie ma jednolitych programów nauczania onkologii? Pytam. Wszystko jest do rozwiązania, ale ile razy można to powtarzać każdego roku. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Z tego właśnie wynikało moje pytanie do pana prezesa Pakulskiego. Bardzo proszę, pan…

Dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Krzysztof Warzocha:

Krzysztof Warzocha. Odpowiadając panu posłowi Hocowi oraz panu prezesowi, i w pewnym sensie uzupełniając wypowiedź pana dra Medera – oczywiście istnieje system, on został zaproponowany. Jeszcze pani prezes Pachciarz 2 lata temu przesłaliśmy projekt, jak utworzyć sieć ośrodków, które ze sobą współpracują, bez względu na organ tworzący, czy strukturę właścicielską – publiczny czy prywatny. Wszystkie ośrodki, które finansują swoje świadczenia z Narodowego Funduszu Zdrowia powinny poddać się procesowi certyfikacji. Powinniśmy nałożyć na obecny system, a właściwie brak systemu, referencyjność ośrodków, która jest nie deklarowana tylko certyfikowana i audytowana, zakładając 3 poziomy referencyjności. Są dwie możliwości efektywniejszego wydawania pieniędzy – albo zróżnicować wycenę za punkt w różnych ośrodkach, w zależności od poziomu referencyjności, w zależności od danej procedury, albo drugi system, który będzie uwalniać limity, ale wyłącznie w ośrodkach o najwyższym poziomie, aby tam zapewnić kompleksową usługę w stopniu jak największym.

Potwierdzam to, o czym mówił dr Meder. W Centrum Onkologii również istnieją wolne moce przerobowe – przepraszam za takie określenie – na poziomie 22–25%. Nie możemy ich wykorzystać, bo mamy limity. I odpowiadając wprost na apel – otwarty list prezesa PTO – nie możemy uwolnić wszystkich limitów. Możemy w pewnych obszarach. Dziwię się tylko, panie prezesie, dlaczego w odniesieniu do raka piersi. Przecież ten proces dotyczy nie tylko kobiet, ale również mężczyzn, i nie tylko piersi, ale wszystkich nowotworów. Referencyjność – jeszcze raz powtarzam – jest to jedyny sposób na racjonalne wydawanie środków.

Pilotaż prowadzony obecnie w województwie kujawsko-pomorskim. Zobaczą państwo, że efekt będzie nieprawdopodobnie dobry, dlatego, że uwalania się limity w ośrodku, który jest zdecydowanie najlepszy nie tylko w regionie, ale jest jednym z najlepszych w Polsce i ma wolne moce przerobowe, a dzisiaj musi się użerać o każdą złotówkę z każdym najmniejszym świadczeniodawcą, który systemu nie poprawia, bo jest, na przykład, od napromieniania czegoś, w jakiejś konkretnej chorobie. To systemu nigdy nie poprawi.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście dobrze, że dokonano tej zmiany w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Zobaczymy, jak to będzie funkcjonować. Chcę jednak zwrócić uwagę pana profesora i państwa na to, że nie da się tego zrobić samym Funduszem. Mówię teraz o referencyjności. To jednak wymaga pewnych działań Ministerstwa Zdrowia, nie wiem tylko, czy na szczeblu rozporządzenia, czy nawet zmian ustawowych. Inaczej tego nie da się zrobić. Rzeczywiście pan prezes będzie w trudnej sytuacji, żeby uzasadnić, dlaczego daje jednym, a nie daje drugim, dlaczego różnicuje, mówiąc krótko.

Myślę, że na tym możemy zakończyć dyskusję. Za chwilę będziemy głosować nad przyjęciem lub nieprzyjęciem tego materiału.

Panie ministrze, mam do pana prośbę. Niezależnie od wyniku głosowania, patrząc na te dokumenty, które zostały przygotowane, bardzo pana proszę, aby w kolejnym sprawozdaniu z wykonania tego programu za kolejny rok – pewnie już za kilka miesięcy – było to jednak uwzględnione. Skoro – jak mówi pan dr Meder – w ministerstwie są plany na przyszłość, dajcie nam je państwo, bo my właśnie o to prosiliśmy. Jeżeli są jakieś rozbieżności dotyczące różnych spraw, czy tego nieszczęsnego szkolenia, czy innych, niech to państwo wyjaśnią przedtem, dlatego, że część z nas ma powody do wyrażenia niezadowolenia, że państwo nie zrealizowali tego, o co prosiliśmy pół roku temu.

W takim razie, szanowni państwo, przechodzimy do głosowania. Kto z państwa posłów, członków Komisji, jest za przyjęciem sprawozdania wraz z suplementem, który dzisiaj omawialiśmy? Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu?

11 posłów głosowało „za”, 4 osoby głosowały „przeciw”, nikt nie wstrzymał się od głosu. Stwierdzam, że Komisja pozytywnie zaopiniowała sprawozdanie.

Pozostaje nam jeszcze wyznaczenie posła sprawozdawcy. Jest propozycja, żeby posłem sprawozdawcą był pan przewodniczący Orzechowski. Czy są głosy przeciwne? Nie widzę zgłoszeń. Czy pan poseł się zgadza? Zgadza się. W takim razie stwierdzam, że Komisja wyznaczyła jako swojego sprawozdawcę posła Macieja Orzechowskiego.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.